

Таблица 2. – Депрессия и тревога у пациентов с ИБС (I гр.- ССН; II гр.- ПИК)

Показатель	I группа (n=28)	II группа (n=33)
1. Уровень депрессии (баллов)	38,12±1,64	37,14±1,41
- депрессии не выявлено (n, %)	21 75,0	26 78,79
- легкая депрессия ситуат./невротич.(n%)	7 25,0	7 21,21
2. Ситуативная тревога (СТ) (баллов)	42,12±1,76	41,95±1,61
- высокий уровень СТ (n, %)	8 28,57	12 36,36
- умеренная СТ (n, %)	20 71,43	21 63,64
3. Личностная тревога (ЛТ) (баллов)	46,73±1,52	45,21±1,73
- высокий уровень ЛТ (n, %)	18 64,29	16 48,48
- умеренная ЛТ (n, %)	10 35,71	17 51,52

Частота выявления депрессии ситуативного или невротического характера у пациентов обеих групп была сопоставима, что не подтверждает литературные данные [2]. Анализ полученных данных (См. табл.2) не позволяет выделить психологические "маркеры" прогрессирования ИБС, однако четко указывает на возможное участие личностного (генетически детерминированного) компонента тревоги в её генезе.

Выводы. 1. Работа в ночные смены неблагоприятно сказывается на прогнозе ишемической болезни сердца (может быть фактором риска ИМ). 2. У лиц со ССН и сопутствующей хронической обструктивной болезнью лёгких риск развития ИМ достоверно выше. 3. Для мужчин со ССН курение больше 10 сигарет в день увеличивает риск развития ИМ. 4. Нарушения ритма сердечной деятельности на ЭКГ у пациентов со ССН можно считать прогностически неблагоприятным признаком по риску ИМ. 5. Уровень общего холестерина больше 5,2 ммоль/л увеличивает риск неблагоприятных сердечных событий у пациентов с ИБС. 6. Индивидуумы с высокой личностной тревожностью более подвержены коронарной ишемии. 7. Говорить о специфическом психологическом "фоне" как о предикторе ИМ - преждевременно. Вопрос требует дальнейшего изучения (в сравнении с группой лиц без ИБС сопоставимого возраста).

Литература:

1. Сердечно-сосудистые заболевания у пожилых / под ред. Т. Стасера. – Женева : ВОЗ, 1988. – С. 85–92.
2. Jiang, W. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure / W. Jiang // Arch. Intern. Med. – 2001. – Vol. 161. – P. 1849–1856.
3. Страус, Ш. Е. Медицина, основанная на доказательствах : пер. с англ.) / Ш. Е. Страус [и др.] ; под ред. В.В. Власова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 179–98.

УДК 616.89-008.454-036.12

ВЗАИМОСВЯЗИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ ФАКТОРАМИ РИСКА У АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Егоров К.Н., Барышев А.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Каждый год от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) умирает 41 миллион человек, что составляет 71% всех случаев смерти в мире, причем 15 миллионов человек находятся в диапазоне возраста от 30 до 69 лет. Более 85% этих

«преждевременных» случаев смерти приходится на долю стран с низким и средним уровнем доходов, к группе которых относится и Республика Беларусь. В структуре смертности от ХНИЗ наибольшая доля приходится на сердечно-сосудистые заболевания, от которых по всему миру ежегодно умирает 17,9 миллионов человек, далее следуют онкологические заболевания (9 млн. случаев), респираторные заболевания (3,9 млн. случаев) и диабет (1,6 млн. случаев). На эти четыре группы заболеваний приходится до 81% всех случаев смерти от ХНИЗ [1].

Наибольший вклад в развитие этих заболеваний имеют 8 «общих» модифицируемых факторов риска (ФР): 1) повышенное артериальное давление, 2) курение, 3) дислипидемия, 4) гиподинамия, 5) нерациональное питание, 6) повышенный уровень глюкозы в крови, 7) избыточная масса тела и ожирение, 8) избыточное употребление алкоголя [2].

Одним из вопросов, ответ на который по-прежнему остается дискуссионным, является характер взаимосвязи поведенческих и биологических факторов риска. Изучение данной взаимосвязи представляет собой весьма сложную задачу ввиду отсутствия объективных методик оценки компонентов образа жизни, высокой их вариабельности и длительности воздействия на организм, что дополнительно усложняет анализ взаимных влияний поведенческих и биологических факторов риска. Особое место среди факторов риска развития ХНИЗ занимают такие состояния, как тревога и депрессия. Они в полной мере не могут быть отнесены ни к поведенческим, ни к биологическим факторами риска [3]. В этой связи большой интерес представляет изучение тревоги и депрессии, как дополнительных модифицируемых факторов риска ХНИЗ.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь тревоги и депрессии с ХНИЗ и их факторами риска у пациентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Материал и методы. Обследование и интервьюирование пациентов проводилось в амбулаторно-поликлинических учреждениях РБ студентами 4 курса медицинского университета под контролем медицинских сестер или помощников врача. Всего было обследовано и проконсультировано 317 пациентов (156 мужчин и 161 женщина) в возрасте от 18 до 90 лет (средний возраст – $55,3 \pm 14,7$ лет).

У обследованных пациентов, согласно разработанной ранее анкеты, собирали анамнестические сведения, измеряли антропометрические показатели, по амбулаторным картам уточняли данные лабораторных и инструментальных методов исследования и вносили в компьютерную программу «Профилактика» на мобильном телефоне, планшетном компьютере либо ноутбуке [4]. Так же проводили скрининг тревоги и депрессии при использовании госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS [5]. Далее компьютерная программа «Профилактика» автоматически осуществляла расчет введенных показателей для определения: наличия метаболического синдрома (МС) и факторов риска ХНИЗ, индивидуального абсолютного риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет по шкале SCORE, риска сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет для пациентов с АГ, уточненного риска инсульта по методике Фремингемского исследования, риска развития сахарного диабета 2 типа в ближайшие 10 лет, показателя скорости клубочковой фильтрации почек по формуле Кокрофта-Голта.

Исходя из полученных данных, врач в ходе последующего приёма пациента при необходимости уточнял симптомы, проводил дифференциально-диагностический поиск, направлял на консультацию к врачам-специалистам.

Статистический анализ выполнен с использованием аналитического пакета Statistica 10. Для выявления корреляционных взаимосвязей использовался ранговый анализ Спирмена, для проверки достоверности различий изучаемых признаков в независимых

выборках U-тест Манна-Уитни. Оценивали корреляционные связи между показателями. Изменения показателей оценивались как достоверные при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования симптомы тревоги и депрессии были обнаружены у 75 и у 120 человек соответственно, что составило 23,7% и 37,9% от общей выборки обследованных пациентов. Причем, субклинический уровень выраженности симптомов тревоги и депрессии составлял 13,6% и 21,5%, а клинически значимый уровень выраженности симптомов был выявлен соответственно у 10,1% и 16,4% в процентном отношении от общей выборки обследованных пациентов.

В рамках нашего исследования было выявлено, что субклинический уровень депрессии имеет прямую корреляцию с возрастом (0,36), наличием в анамнезе инсульта (0,3), нарушений сна (0,31), одышки (0,40) и обратную с субъективной оценкой состояния здоровья (- 0,49); клинически значимый уровень депрессии имеет ещё большую положительную корреляцию с возрастом (0,47) и наличием одышки (0,45) и отрицательную корреляцию с субъективной оценкой состояния здоровья (- 0,57). Кроме того, выявлена прямая взаимосвязь клинически выраженных симптомов депрессии с повышением систолического (0,35) и диастолического (0,32) артериального давления, наличием перенесенного инсульта в анамнезе (0,30), ишемической болезни сердца (0,30), гипертрофии левого желудочка (0,33) и атеросклерозом аорты.

Для субклинического уровня тревоги была характерна положительная взаимосвязь с перенесенным инсультом (0,30) и обратная взаимосвязь с субъективной оценкой состояния здоровья (-0,36). Клинически выраженный уровень тревоги имел достоверную прямую корреляцию с возрастом (0,38), сахарным диабетом 2 типа (0,31), перенесенным инсультом (0,30) и одышкой (0,34) и обратную с субъективной оценкой состояния здоровья (-0,47).

Таким образом, высокая распространенность тревожных и депрессивных расстройств, коморбидных с ХНИЗ и их факторами риска, указывает на целесообразность проведения дальнейших исследований их негативного взаимовлияния.

Выводы. Тревога и депрессия – частое явление среди амбулаторных пациентов терапевтического профиля, которое имеет взаимосвязь как с ХНИЗ, так и с их факторами риска. Кроме того, тревожные и депрессивные состояния выступают в роли значимых модифицируемых факторов, отягощающих течение и прогноз ХНИЗ. В свою очередь, предложенная нами программа «Профилактика» позволяет обеспечить своевременное выявление не только тревоги и депрессии, но и ХНИЗ с определением их факторов риска с целью организации эффективной профилактики и последующего лечения данных состояний.

Литература:

1. Неинфекционные заболевания [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. – Дата доступа: 23.11.18.
2. Чучалин, А.Г. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний : рекомендации. – М., 2013. – 40 с.
3. Chen, J. Health effects of physical activity / J. Chen, W.J. Millar // Health Reporys. – 1999. – Vol. 11, N 1. – P. 21–31.
4. Егоров, К.Н. Оценка факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у пациентов в амбулаторно-поликлинических учреждениях / К.Н. Егоров, В.А. Корнеева, А.Н. Барышев // Метаболический синдром: эксперимент, клиника, терапия : материалы III Междунар. симпозиума, Гродно, 20–22 сент. 2017 г. / НАН Беларуси ; отв. ред.: Л.И. Надольник. – Гродно : ЮрСаПринт, 2017. – С. 31–39.
5. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review / I. Bjelland [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2002. – Vol. 52. – P. 69–77.